

Wnioski:

1. U 50 chorych po całkowitym usunięciu krtani i uzupełniającym napromienianiu, z powodu wznowy węzłowej przeprowadzona reoperacja szyjna i powtórne napromienianie pozwoliły uzyskać średnie przeżycie 21 miesięcy.
2. Powtórne leczenie napromienianiem w przedziale niskich dawek terapeutycznych nie powodowało istotnych późnych powikłań popromiennych.
3. Krótszy czas od pierwszego objawu chorobowego do całkowitej laryngektomii oraz wcześniejsze wystąpienie wznowy węzłowej po pierwszym leczeniu mają negatywny wpływ na przeżycie chorych.

75P

"Ocena zawartości DNA w komórkach nowotworowych jako czynnika prognostycznego w chirurgicznym leczeniu raka płaskonabłonkowego płuca."

M. Kasprzyk*, W. Dyszkiewicz*, R. Krenz**, R. Rutkowski***

* Klinika Torakochirurgii AM w Poznaniu,

** Zakład Patologii Nowotworów Katedry onkologii AM w Poznaniu,

*** Zakład Immunologii Komórkowej AM w Poznaniu

Rak płuca jest w Polsce najczęstszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Przebieg choroby nowotworowej i rokowanie jest różne, a przybliżona ocena agresywności nowotworu jest bardzo trudna. Wśród raków płuca o tym samym typie histologicznym, podobnej lokalizacji, stopniu zaawansowania klinicznego notuje się znaczące różnice w przebiegu klinicznym i w odpowiedzi na zastosowane leczenie. Z tego powodu poszukuje się nowych parametrów mających znaczenie rokownicze, jak również mogących uściślić zasady postępowania u chorych z rakiem płuca. Jednym z ważniejszych elementów oceny stopnia ryzyka stają się cytometryczne pomiary ilości DNA. Pojawienie się populacji komórek z nieprawidłową ilością DNA wiąże się w niektórych typach nowotworów z bardziej agresywnym przebiegiem klinicznym.

Celem pracy jest ocena częstości występowania aneuploidii w komórkach raka płaskonabłonkowego płuca oraz jej wpływu na czas remisji i okres przeżycia chorych leczonych operacyjnie z powodu raka płaskonabłonkowego płuca.

Badany materiał (n=60) stanowiły preparaty histologiczne w postaci bloków parafinowych pochodzące od chorych po resekcji tkanki płucnej w Klinice Torakochirurgii WZSchPiG w Poznaniu w latach 1995-1996. Do pomiarów cytometrycznych preparowano guzy wykorzystując własną modyfikację metody Hedley'a. Pomiary wykonano na cytometrze przepływowym Cytron Absolut firmy Ortho. Uzyskane histogramy analizowano przy zastosowaniu programu MODFIT.

Odsetek przypadków o nieprawidłowej ilości DNA wyniósł 41%. Uzyskane wyniki odniesiono do stopnia zaawansowania klinicznego, dojrzałości histologicznej raka, czasu przeżycia chorych, wieku, płci pacjentów i lokalizacji guza.

Ocena aneuploidii w komórkach nowotworowych może stanowić istotny czynnik prognostyczny u chorych po resekcji raka płuca. Oznaczenie zawartości DNA ułatwia określenie grupy wysokiego ryzyka nawrotu choroby mimo doszczętnej operacji, a tym samym racjonalizację wskazań do leczenia uzupełniającego.

76P

"Problemy w diagnostyce i leczeniu guzów śródpiersia."

W. Dyszkiewicz, Z. Brocki, Ł. Gąsiorowski

Klinika Torakochirurgii AM w Poznaniu

Guzy śródpiersia są najczęściej bezobjawowe i najczęściej wykrywane na przypadkowym radiogramie klatki piersiowej. Dokładna diagnostyka jest bardzo trudna i często nie jest możliwe otrzymanie dokładnego rozpoznania bez diagnostyki inwazyjnej.

W Klinice Torakochirurgii AM w Poznaniu od marca 1995 r. do maja 1998 było 80 pacjentów leczonych z powodu guzów śródpiersia.

75% guzów było niezłośliwych (grasiaczki, przerost grasicy, wola zamostkowe, torbiele i inne), reszta miała charakter złośliwy (chłoniaki, złośliwe grasiczaki i inne). Większość zabiegów (80%) mogło być połączone z radykalnym usunięciem guza, pozostałe były zabiegami diagnostycznymi. 95% pacjentów z grasiczkami lub przerostem grasicy przedstawiało kliniczne i elektrofizjologiczne objawy nużliwości mięśni.

Dojście chirurgiczne w 90% było podjęte metodą klasyczną (toraktomia lub sternotomia), tylko w 10% udało się zastosować procedurę mniej inwazyjną - wideotorakoskopię. Wśród powikłań był jeden przypadek ARDS i jedno uszkodzenie nerwu przeponowego. Nie było przypadku zgonu w okresie okołoperacyjnym.

Wnioski:

1. Większość guzów śródpiersia wykrytych na RTG klatki piersiowej jest niezłośliwych.
2. Obecne używane zabiegi diagnostyczne najczęściej nie dają wyniku dodatniego i ostateczne rozpoznanie musi być ustalone przez zabieg operacyjny.
3. Tymektomia była w 65% przypadków skuteczna w leczeniu objawów nużliwości mięśni.
4. Procent zabiegów o mniejszej inwazyjności (wideotorakoskopia) będzie miał tendencję wzrostową jako procedury diagnostyczna i lecznicza.

80P

Paliatywna przednia resekcja odbytnicy z powodu raka.

Sapieżko J., Brocki M., Howaniec J., Kutwin L., Bella M.

I Klinika Chirurgiczna Instytutu Chirurgii WAM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Brocki

Celem pracy była ocena przydatności wykonywania paliatywnych zabiegów resekcyjnych u chorych leczonych z powodu raka odbytnicy z przerzutami do wątroby.

Materiał i metody:

W latach 1989-1997 w naszej Klinice leczono operacyjnie 170 chorych z powodu raka odbytnicy. U 6 spośród nich podczas zabiegu operacyjnego stwierdzono mnogie przerzuty do wątroby, pomimo tego, że miejscowo guz był operacyjny. Nie stwierdzono również powiększonych węzłów chłonnych.

Wyniki:

U tych 6 chorych wykonano przednią resekcję odbytnicy. Żaden z chorych przed zabiegiem operacyjnym nie zgłaszał dolegliwości bólowych związanych z obecnością przerzutów. Nie stwierdzono również w żadnym wypadku cech wodobrzusza. Za wykonaniem zabiegów resekcyjnych pomimo istniejących przerzutów do wątroby przemawiały techniczne możliwości usunięcia guza, a stopień zaawansowania nowotworu oceniany podczas zabiegu pozwalał rokować czas przeżycia przekraczający 6 miesięcy. Całkowite przeżycie po paliatywnej resekcji guza odbytnicy u naszych chorych wynosiło od 10 do 21 miesięcy, średnio 18 miesięcy.

Wnioski:

Paliatywna operacja resekcyjna raka odbytnicy zapobiega wystąpieniu niedrożności i krwawienia z przewodu pokarmowego, poprawia stan chorych a być może wydłuża czas przeżycia.

82P

"Współwystępowanie raka gruczołu piersiowego raka błony śluzowej u kobiet w aspekcie rodzinnego występowania nowotworów."

A. Roszak, A. Wojciechowska-Łącka, E. Woźniak-Cikowska, R. Niecewicz

Oddział radioterapii Ginekologicznej WCO w Poznaniu

W patogenezie raka błony śluzowej raka trzonu macicy raka gruczołu piersiowego odgrywają rolę podobne czynniki odpowiedzialne za powstawanie nowotworów w tym rodzinie występujących. Celem pracy była ocena częstości występowania i wyników leczenia raka gruczołu piersiowego i raka błony śluzowej trzonu macicy u kobiet leczonych w WCO.

Materiał i metody:

Analizie poddano 2812 kobiet z rakiem błony śluzowej trzonu macicy leczonych w WCO, w latach 1971-1994. Uwzględniono stopień zaawansowania klinicznego, rozpoznanie histopatologiczne, wiek zachorowania pacjentek oraz przeżycia 5-letnie pacjentek a rakiem błony śluzowej trzonu macicy. Kryteria diagnostyczne przez cały analizowany okres były niezmiennie. U 29 chorych z rozpoznaniem raka błony śluzowej trzonu macicy rozpoznano raka gruczołu piersiowego. U 2 pacjentek rak błony śluzowej trzonu macicy rozpoznany był jako pierwszy, w 3 przypadkach oba nowotwory rozpoznane były w ciągu 6 miesięcy, natomiast u pozostałych 24 pacjentek jako pierwszy występował rak gruczołu piersiowego. Zaawansowanie kliniczne oraz wiek, w którym rozpoznano oba nowotwory przedstawiono poniżej.

Liczba chorych z:	Zaawansowanie kliniczne			
	I	II	III	IV
r. błony śl. trz. macicy	14	10	5	0
r. gruczołu piersiowego	16	11	2	0

Wiek, w którym rozpoznano	31-40	41-50	51-60	61-70	pow 71
r. bł. śluzowej macicy	2	12	8	5	2
r. gruczołu piersiowego	2	14	7	6	0

Omówienie i wnioski:

Analizie poddano również 44 krewnych I stopnia chorych z rozpoznaniem raka błony śluzowej macicy i raka gruczołu piersiowego. U 11 osób rozpoznano raka o różnej lokalizacji. Jednak tylko jedna rodzina spełniała kryteria amsterdamskie rodzinnego występowania raka. Rodzinne występowanie raka związane było z lepszym rokowaniem. Ponadto u 3 chorych stwierdzono obecność 3 różnych raków (występowanie metachroniczne).

83P

"Rodzinne występowanie gruczolakoraka błony śluzowej trzonu macicy."

A. Wojciechowska-Łącka, A. Markowska, J. Roszak, E. Cikowska-Woźniak

Oddział radioterapii ginekologicznej, WCO w Poznaniu
Katedra Onkologii AM w Poznaniu

W patogenezie raka błony śluzowej trzonu macicy u około 5% wymienia się czynnik genetyczny. Badania epidemiologiczne analizujące przyczyny zgonów krewnych pierwszego stopnia umożliwiają oszacowanie wpływu predyspozycji dziedzicznych na zachorowalność na nowotwory złośliwe w poszczególnych lokalizacjach narządowych. Celem pracy jest wyodrębnienie rodzin z predyspozycją do swoistego miejscowego gruczolakoraka błony śluzowej trzonu macicy.

Materiał i metoda:

Grupę badaną stanowiło 390 pacjentek leczonych od stycznia 1995 do grudnia 1997 roku w Centrum Onkologii z rozpoznaniem raka błony śluzowej trzonu macicy. Grupę kontrolną stanowili małżonkowie. Na podstawie szerokiej ankiety, którą uzyskano od 370 chorych (94,9%) z rakiem błony śluzowej trzonu macicy uzyskano dane dotyczące rodzinnego występowania nowotworów. W rodzinach 9 probantek odnotowano krewnych pierwszego stopnia obciążonych chorobą nowotworową. Lokalizację i średnią wiek zachorowania tych osób przedstawiono poniżej.

LOKALIZACJA	ŚR. WIEKU ZACHOROW.
rak bł. śluz. trzonu macicy - 9	46 lat (38-64)
rak jelita grubego - 2	47 lat (46,48)
rak żołądka - 1	49 lat
rak nerki - 1	57 lat
rak jajnika - 2	50 lat (49,51)
rak płuca - 3	56 lat (54-60)
rak gruczołu piersiowego - 4	55 lat (49-60)
rak skóry - 3	68 lat (54-76)
rak prostaty - 1	63 lata
rak jądra - 1	24 lata